

インフルエンザ予防接種問診票（成人用）

※太枠内をご記入ください

氏名		性別	男 ・ 女
住所	〒 -	電話番号	- -
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日（満 歳）	診察前体温	度 分（自宅・医院）

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読み理解しましたか？	はい	いいえ	
今日、身体に具合が悪い所がありますか？ 具体的な症状を書いてください。（ ）	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか？	はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻しん・風しん・水ぼうそう・おたふくなどの病気にかかった方がいますか？ 病名（ ）	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名（ ）日時（ 月 日）	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
卵アレルギー（卵を食べて発疹がでたり、口の中がしびれたりしたこと）がありますか？	はい	いいえ	
生まれてから今までに、特別な病気（先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・免疫不全症・その他の病気）にかかり、医師に診察を受けていますか？ 病名（ ） その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか？	はい	いいえ	
インフルエンザ予防接種を受けたことがありますか？ その歳に具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？（ ）	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか？	はい	いいえ	
家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか？	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について何か質問がありますか？ （ ）	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ） 医師のサイン _____
-------	---

ご本人記入欄	予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか？（ はい ・ いいえ ） ご本人（もしくは保護者）のサイン _____
--------	--

使用ワクチン名	接種量（皮下接種）	接種場所・医師名・接種日時
メーカー名： 製造番号：	0.5mL	〒157-0062 東京都世田谷区南烏山 6-27-10 大黒ビル 1F しまだクリニック Tel：03-5315-3366 医師：島田知則 平成 年 月 日

氏名	使用ワクチン・接種部位	接種場所・医師名・接種日時
	右 ・ 左	しまだクリニック (03-5315-3366) 島田 知則 平成 年 月 日